EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2014:33

Konsten att balansera närvaro med distans

En intervjustudie om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats

Nizic Ivanka
Wallin Emma

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Konsten att balansera närvaro med distans – En intervjustudie om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklas
Författare:	Nizic Ivanka & Wallin Emma
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Examensarbete med inriktning mot intensivvård
Handledare:	Elisabeth Lindberg
Examinator:	Elisabeth Jangsten

Sammanfattning

Vården som utförs på intensivvårdsavdelningar präglas av övervakningsutrustning vilket kan medföra svårigheter för de närstående att komma nära den som vårdas. De gånger när livsuppehållande behandling inte räcker till tar vården en annan riktning och övergår till palliativ vård på IVA. Som omvårdnadsansvarig för patienten befinner sig intensivvårdsjuksköterskan ofta nära de närstående. För att kunna främja mötet med närstående behövs en förmåga att kunna sätta sig in i de närståendes livsvärld. Studiens syfte var att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats och övergår till palliativ vård på IVA. För att besvara studiens syfte har sex intensivvårdssjuksköterskor intervjuats. För att genomföra intervjuerna tillämpades en intervjuguide med öppna frågor. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys, vilket resulterade i åtta subkategorier och tre kategorier. Studiens resultat visar att interaktionen mellan närstående och intensivvårdssjuksköterskan påverkas av övervakningsutrustningen samt om mötet sker på flerbäddsrum. Att ha en relation med de närstående och att vara delaktig i brytpunktsamtalet upplevdes som viktiga faktorer för intensivvårdssjuksköterskans bemötande med närstående. En förutsättning för att kunna balansera närvaro med distans i mötet med de närstående är att intensivvårdsjuksköterskan har en förmåga att själv reflektera över existentiella frågor. Vidare framkommer det att intensivvårdssjuksköterskan upplever sig vägleda de närstående genom ett svårt skede i livet.

Nyckelord: *Intensive care nurse, experiences, relatives, meeting, palliative care nursing, life-sustaining care, ICU*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING *1*
BAKGRUND *1*
Intensivvårdsrummet *1*
Närstående till palliativa intensivvårdspatienter *2*
Intensivvårdsjuksköterskans möte med de närstående *2*
När livsuppehållande behandling övergår till palliativ vård på IVA *3*
Livsvärld *4*
PROBLEMFORMULERING *4*
SYFTE *5*
METOD *5*
Ansats *5*
Urval *5*
Datainsamling *5*
Förförståelse *6*
Analys *6*
Etiska övervägande *7*
RESULTAT *8*
Att balansera närvaro med distans *9*
Att känna in *9*
Att stå för strukturen *10*
Självkännedom *10*
Ansvarskänsla *11*
Ta del av och ge information *11*
Delaktighet i beslutet *11*
Välinformerade närstående *11*
IVA miljöns betydelse *12*
Övervakningsutrustning skapar distans *12*
Enkelsal främjar mötet *13*
DISKUSSION *13*
Metoddiskussion *13*
Resultatdiskussion *14*
Intensivvårdssjuksköterskans inflytande i beslutprocessen *15*

Att möta närstående och visa vägen *16*
Att känna sig själv *17*
Vidare forskning *18*
Kliniska implikationer *18*
Slutsats *18*
REFERENSER *19*

INLEDNING

Traditionellt sätt är intensivvårdsavdelningen (IVA) utformad för att bota sjukdom och rädda liv men om patienten inte klarar av behandlingen eller har begränsad chans att överleva blir IVA även en plats för palliativ vård (Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2007, s. 26 -27). Intensivvårdsrummet på IVA domineras av den högteknologiska tekniken som bidrar till många stimuli. Vården som bedrivs innebär övervakning av patienten dygnet runt. Utrymmet omkring patienten är begränsat, för de närstående kan det innebära svårigheter att finna avskildhet och närhet med den sjuke (Eriksson, Lindahl & Bergbom, 2010, s. 53 - 54). I Socialstyrelsens (2005, s. 11 - 12) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor framgår att sjuksköterskan ska ha en förmåga att kommunicera med närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Vidare beskrivs att i dialog med närstående ska sjuksköterskan ge stöd och vägledning för att möjliggöra närståendes delaktighet i vården. Inom intensivvården saknar intensivvårdssjuksköterskan beslutsrätt om livsupphållande behandling ska avvecklas utan det åligger läkaren att fatta beslutet. Som ansvarig för omvårdnaden är det intensivvårdssjuksköterskan som i regel befinner sig nära patienten och dess närstående, vilket innebär att det är intensivvårdssjuksköterskan som möter de närstående då avveckling av livsuppehållande behandling sker.

BAKGRUND

Intensivvårdsrummet

På IVA vårdas patienter med akuta livshotande tillstånd. Miljön på IVA präglas av övervakningsutrustning vilket medför att patienterna ständigt är övervakade av både teknisk utrustning och personal (Fontaine, Briggs & Pope-Smith, 2001, s. 25 -29). Detta kan leda till svårigheter för de närstående att komma intill och få vara avskilda med den som vårdas. Intensivvårdavdelningar utformas för att underlätta arbetsytorna för vårdpersonalen och inredningen möbleras till en kal och steril miljö för att undvika smittspridning. Omgivningen på intensivvårdsrummet underlättar inte interaktionen mellan närstående och intensivvårdssjuksköterskan. (Eriksson, Lindahl & Bergbom, 2010, s. 53 - 54; Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009, s. 113 - 117 : Fontaine Briggs & Pope-Smith, 2001, s. 25 - 29). Studier visar att närstående upplever att miljön är begränsad och inte inbjuder till avskildhet. Intensivvårdsrummets miljö domineras av övervakningsutrustning vilket medför att ljud – och ljusstimuli medverkar till att omgivningen upplevs som stressande för de som befinner sig i den. Att inte kunna urskilja eller tolka betydelsen av larmen och förändringar hos patienten kan öka känslan av stress och oro hos de närstående (Olausson, Ekebergh & Lindahl, 2012, s. 178 -182). Eriksson, Lindahl och Bergbom (2010, 53 - 54) menar även att den kontinuerliga övervakningen och personalens ständiga närvaro bidrar till att de närstående upplever att personalen gör allt vad de kan för att hjälpa patienten. Hur intensivvårdsrummet är utformat och inrett påverkar de närståendes välbefinnande och möjligheter att vara delaktiga i patientens vård. Faktorer som tillgång till ljus eller utsikt, möjlighet till komma nära och sängens placering är grundpelare i de närståendes upplevelse av vården (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2007, s. 153 - 156).

Närstående till palliativa intensivvårdspatienter

Wall, Curtis, Cooke och Engelberg (2007, s. 1427) beskriver att närstående till patienter som inte överlevt intensivvårdsvistelsen var mer nöjda med vården än närstående till patienter som överlevt. Vidare förklaras det att närstående till den döende patienten fick mer tid med intensivvårdssjuksköterskan vilket resulterade i närmare relation. Fridh, Forsberg och Bergblom (2009, s. 113 - 117) förklarar i sin studie att de närstående blev chockade då de fick besked om att patienten inte skulle överleva intensivvårdsbehandlingen. Detta förkunnas också av närstående till patienter som varit sjuka eller haft en kronisk sjukdom före intensivvårdsvistelsen. Den tidsperiod mellan att den närstående fått besked tills dödsögonblicket beskrivs som en period av insikt. I en studie av Ågård och Harder (2007 s. 173 - 175) framkom att även om de närstående befann sig i en chockartad situation kunde de hitta egna strategier för att uthärda den ovisshet som de var tvungna att bemästra. De kunde sätta sig själv åt sidan eller skapa egna slutsatser utifrån den information de fick, dessa strategier resulterade i att de kunde lägga all sin mentala kraft på den som var sjuk. För närstående kan medveteheten om att medpatienter avlider skapa en känsla av oro för att även deras nära ska gå bort (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009, s. 113 - 117). Erikson, Lindahl och Bergbom (2010, s. 53 - 54) beskiver att det sällan finns rum till de närstående för att få avskildhet, vilket bekräftas i Fridh, Forsberg och Bergbom (2009, s. 113 - 117) eftersom patienten på grund av den övervakningsutrustningen är bunden till patientsalen hänvisas patienter och närstående till patientens sängplats. Vidare beskriver Fridh, Forsberg och Bergbom (2009, s. 113 - 117) att intensivvårdsmiljön således inte är anpassad för den döende intensivvårdspatienten och dess närstående.

Intensivvårdsjuksköterskans möte med de närstående

Studier visar att sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningen vidgar den traditionella vårdrelationen till patienten, på grund av patientens kritiska sjukdomstillstånd, bildas en sjuksköterska – närstående relation. Intensivvårdsjuksköterskans roll är central och fungerar många gånger som en spindel i nätet i relationen mellan närstående och övriga professioner då intensivvårdsjuksköterskan i regel befinner sig ”bedside” med patienten. Som omvårdnadsansvarig för patienten är det intensivvårdsjuksköterskans arbetsuppgift att skapa en behaglig miljö, där störande stimuli ska reduceras. Genom att skapa en mer behaglig och välkommande miljö kan intensivvårdsjuksköterskans fokus flyttas från övervakningsutrustningen till patienten och dess närstående (Söderström, Benzein, & Saveman, 2003 s. 187 -189 : Eriksson, Lindahl & Bergbom, 2010, s. 53 - 54). Det åligger intensivvårdssjuksköterskan att tillgodose de närståendes behov samt att ge dem stöd och kontinuerlig information om patientens tillstånd. Informationen som ges skall individanpassas och ske på ett vis som är förståligt och korrekt. Om intensivvårdsjuksköterskan kan skapa en vårdande relation till de närstående, och möta deras individuella behov kan det leda till att de närstående upplever mindre stress och lättare kan hantera sin situation (Söderström, Benzein, & Saveman, 2003 s. 187 -189: Ågård & Harder, 2007, s.173 - 175). Studier visar att intensivvårdssjuksköterskor som vårdar patienter vid livets slutskede framhåller ansvaret för att minska den döende patientens lidande. Genom att smärtlindra och ge fysisk beröring, men även genom att

låta de närstående vara delaktig i omvårdnaden, upprätthålls patientens värdighet (Hov, Hedelin, & Athlin, 2007, s. 206 - 208). Få studier finns om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av IVA miljöns svårighet/förutsättningar för att främja mötet med närstående till patienter i livets slutskede.

När livsuppehållande behandling övergår till palliativ vård på IVA

Livsuppehållande behandling kan vara ett ingrepp eller en åtgärd som främjar patients livsnödvändiga funktioner så som andning, cirkulation och medvetande. Det kan också vara läkemedelsbehandling samt vissa kirurgiska ingrepp. När sjukdomsprocessen har framskridit så långt att behandlingsmetoderna blir verkningslösa eller då behandlingen blivit skadlig för patienten bör behandlingen avslutas. Detta beslut skall ske i samtal med den svårt sjuke och dennes närstående. Att fortsätta bedriva biverkningsbelastad medicinsk behandling är inte berättigat ens om det kan medföra själsliga vinster för den sjuke och dennes närstående (Socialstyrelsen, 2011a, s. 26 - 33). I Robinsons (2003, s. 71 - 75) studie beskrev intensivvårdssjuksköterskor att då patienten var kopplad till respirator, inte klarade av att röra sig och inte klarade av att njuta av livet kunde det vara svårt för intensivvårdsjuksköterskorna att veta om de förlängde patientens liv eller bara fördröjde patientens väg in emot döden. I en studie av Wikström, Cederborg och Johanson (2007, s. 190 - 192) framkom att intensivvårdssjuksköterskan upplevde att den teknologi som användes på intensivvården kunde vara livsavgörande för patienten samt att den underlättande och minskade arbetsbelastningen.

Världshälsoorganisationen, WHO, (2002, s. 83 – 91) beskriver att utifrån den palliativa vården ses döendet som en normal process som syftar till att hjälpa patienten att uppnå så god omvårdnad som möjligt vid livets slut. Döden skall varken påskyndas eller skjutas upp. Årligen avlider cirka 3 500 patienter på intensivvårdsavdelningar i Sverige vilket betyder att cirka tio procent av de patienter som vårdas på intensivvården avlider under vårdtiden (Socialstyrelsen, 2011b, s. 5). Mellan åren 1994 - 2000 var det cirka 72 procent av patienterna som vårdades på intensivvården som avled efter att ett beslut tagits om att avstå eller avbryta behandling (Nolin & Andersson, 2003, s. 503 - 504).

Då patienten övergår till palliativ vård är det viktigt att ge tydlig information till patienten och dennes närstående, informationssamtalet benämns som ett brytpunktsamtal. Det är av stor vikt att den personal som vårdar patienten deltar vid brytpunktsamtalet för att på så vis kunna möta samt erbjuda patienten och dennes närstående ett palliativt vårdinnehåll i livets slut. En god palliativ vård utgår från fyra hörnstenar, symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och stöd till närstående (Socialstyrelsen, 2013a, s. 1; Socialstyrelsen, 2013b, s. 17). I en studie av (Lind, Lorem, Nortvedt & Hevrøy, 2012, s. 670) beskrevs att när intensivvårdssjuksköterskorna gav de närstående information i små fragment kunde de närstående gradvis bilda sig en uppfattning om vad som skulle hända härnäst. Denna information upplevdes sedan som betydelsefull för de närstående i sin förberedelse för att klara av patientens försämrade tillstånd. Azoulay, et al (2005, s. 989 - 991). Valdimarsdottir, Helgason, Fürst, Adolfsson och Steineck (2004, s. 434 - 436) förklarar i sin studie att när dödsfallet inträffade hastigt och oväntat eller då de närstående endast hade haft en kort förberedelsetid upplevdes det som en mycket svår tid för de

närstående. I dessa situationer var sjuksköterskans omhändertagande av betydelse för att förebygga stressymptom, ångest samt svår sorg hos de närstående.

Livsvärld

Dahlberg och Drew (1997, s. 303-317) beskriver att när intensivvårdssjuksköterskan var öppen skapades en möjlighet att träda in i de närståendes värld utan förväntningar. Denna öppenhet kunde lära intensivvårdssjuksköterskan hur de närståendes värld upplevdes, hur de upplevde sin hälsa, sin livskvalitet och sitt lidande, ett livsvärldsperspektiv. Dahlberg och Segesten (2010, s. 126-130) beskriver att människans upplevelse av hälsa och sjukdom baseras på de tidigare erfarenheter som personen bar med sig så som minnen, förväntningar på framtiden samt det liv som de lever här och nu. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003, s. 24-26) förklarar att människan lever och finns till i världen genom sin livsvärld, det är i livsvärlden som mening söks. För att kunna bemöta närstående på rätt sätt, är det av vikt att intensivvårdssjuksköterskan försöker förstå den enskilda personens livsvärld. Vidare beskriver Dahlberg och Segesten (2010, s. 126-130) att livsvärld är uttryck för hur människan förstår sig själv och andra samt allt annat i sin omgivning, en värld som den erfaras. Livsvärlden delas med andra men är samtidigt privat och unik för varje enskild människa.

PROBLEMFORMULERING

Beslut om livsuppehållande behandling är inte enbart en medicinsk fråga utan involverar även existentiella värdefrågor. Vid beslut om att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling involveras inte bara patienten och det tvärprofessionella arbetsteamet på IVA utan även de närstående. Den medicinska behandlingen som sker på IVA, är ofta laddad och skrämmande för patienten och dess närstående. Ordination om att avsluta den livsupphållande behandlingen ordineras av läkare men utförs i praktiken av intensivvårdssjuksköterskan. Då dessa beslut tas övergår den livsuppehållande behandlingen till en mer omvårdnadscentrerad vård. I intensivvårdsjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår det, förutom medicinsk kunskap och omvårdnad, att kunna bemöta närstående i krissituationer. Intensivvårdsjuksköterskan behöver ha en förmåga att kunna sätta sig in i närståendes livsvärld för att främja mötet. Tidigare forskning belyser intensivvårdsjuksköterskors upplevelser av att vårda palliativa patienter. Vidare belyses även mötet med närstående på IVA. Det finns dock begränsat med forskning kring intensivvårdsjuksköterskors upplevelse av att bemöta närstående då livsuppehållande behandling avvecklas. I denna intervjustudie kartläggs intensivvårdsjuksköterskans upplevser av mötet med de närstående vid avveckling av livsuppehållande behandling.

SYFTE

Att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats och övergår till palliativ vård på IVA.

METOD

Ansats

För att besvara studiens syfte valdes det att genomföra en kvalitativ intervjuundersökning. Genom att använda en kvalitativ ansats finns det förutsättningar att försöka förstå informanternas livsvärld samt utforska dennes erfarenheter och upplevelser som ett fenomen (Kvale & Brinkman, 2009, s. 41).

Urval

Tillstånd för att få genomföra intervjuerna gjordes hos verksamhetschefen på en IVA i södra Sverige (bilaga 1). Vårdenhetschefen på avdelningen ombads att bistå med hjälp vid rekryteringen av informanter, ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2012, s. 247 - 248). Vilket resulterade till sju stycken tillfrågade intensivvårdsjuksköterskor. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att intervjupersonerna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med inriktning mot intensivvård, med varierande arbetslivserfarenhet, kön och ålder samt besitta erfarenheter av att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklas. En informant tackade nej till att delta i studien och sex intervjupersoner tackade ja. De deltagande informanterna var en man och fem kvinnor, i åldrarna mellan 30 – 55 år samt en arbetslivserfarenhet mellan 5- 27 år. Kontakt med intervjupersonerna togs via mejl, för praktiskt information om tid och plats, information om studien syfte samt ett bifogat samtycksformulär (bilaga 2). Informanterna ombads att inför intervjun tänka ut en situation då de mött närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats.

Datainsamling

För att besvara studiens syfte användes en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 3) bestående av en öppen ingångsfråga samt följdfrågor utgående ifrån tre huvudteman. I enlighet med Kvale och Brinkman (2009, s. 150) genomfördes intervjuerna där informanterna fick tala fritt och under intervjuns gång, uppmuntrades informanterna att tala öppet utifrån de nämnda temana. För att kunna lyfta fram informantens unika upplevelser av fenomenet under intervjun pendlar forskaren mellan att hålla en distans och närhet (Polit & Beck, 2012, s. 543). Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats, i en lokal som intervjupersonen själv valt och varade i mellan 13 – 23 minuter. Eftersom nyansering av ett fenomen efterfrågades, användes en öppen ingångsfråga; ”Hur upplever DU att det är att bemöta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklas?” För att skapa en förståelse i intervjun användes även följdfrågor och uppmananingar såsom ”Hur kände du?” och ”Beskriv”. Enligt Kvale och Brinkman (2009, s. 153) innebär det ett förtydligande av informantens

upplevelse av fenomenet. För att ge informanten tid till att tänka efter kan medveten tystnad användas och genom repetering av redan ställda frågor kan ytterligare information tillkomma (Polit & Beck, 2012, s.543: Kvale & Brinkman, 2009, s.153). I enlighet med Polit och Beck (2012 s. 543) eftersöktes ett positivt avslut på intervjuerna med slutfrågor som: ”Har du något du vill ta upp?”.

Efter att den första intervjun genomförts och transkriberats gavs den till handledaren för att få återkoppling på intervjutekniken. När pilotintervjun var genomförd gjordes inga förändringar i intervjuguiden och pilotintervjun inkluderades i resultatet. I samband med intervjutillfället tillfrågades informanten om samtycke samt om tillstånd att få återkomma om det skulle förekomma oklarheter under transkriberingen. I direkt anslutning efter intervjutillfällena reflekterades materialet sinsemellan och reflektioner skrevs ner om den egna insatsen, detta för att tydliggöra negativa och positiva apsekter som kan ha påverkat intervjun. De sex intervjuerna genomfördes enskilt, intervjuerna bandades och förvarades i en låst mapp.

Förförståelse

För att medvetandegöra och minska risken för förförståelsens påverkan på studiens datainsamling och analys skrevs förförståelsen ned innan studien påbörjades. Den skrivna texten lästes igenom under datainsamlingens gång som en påminnelse av de redan erfarna kunskaperna och på så sätt minimerades risken av förförståelsen inverkan på studien. I den nedskrivna texten framkom förförståelser gällande intensivvårdssjuksköterskans bemötande av sorg, etiska dilemman samt mötet med de närstående i samspelet med intensivvårdssjuksköterskan. Tidigare erfarenheter gällande palliativvård och att möta närstående kartlades. Enligt Lundman och Hällgren Granheim (2011, s.159 -171) minskas förförståelsens påverkan på studiens resultat om den medvetandegörs innan studiens datainsamling påbörjats.

Analys

Det räcker inte med att de som blivit intervjuade beskriver sina upplevelser, utan data behövs analyseras för att det skall kunna ske en djupare förståelse. Transkribering av intervjuerna skedde ordagrant, i nära anslutning till att intervjun ägt rum. Intervjuinnehållet undersöktes sedermera vidare tillsammans för att urskilja skillnader och likheter mellan texterna. Data analyserades i enlighet med Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys (2004, s. 105 -111) för att kunna studera det konkreta fenomenet, informanternas upplevelser. Genom att använda denna modell kunde en nyanserad abstraktion av fenomenet genomföras. Enligt Graneheim och Lundman (2004 s. 107 - 108) genomförs dataanalysen i fem steg: analysenhet, meningsenhet, kondensering, kod och kategorier. I analysenheten lästes materialet flera gånger, detta för att få en djupare förståelse och på så vis skapa en helhet av fenomenet. Polit och Beck (2012, s. 557 - 558) menar att vid en kvalitativ innehållsanalys ska texterna läsas igenom flera gånger för att skapa en förståelse och en helhetsuppfattning av innehållet.

Därefter markerades citat som belyste fenomenet i den transkriberade texten. Ur citaten plockades meningsbärande enheter ut som speglade syftet. Dessa meningsbärande

enheter skrevs ner och placerades i en tabell och utifrån dessa genomfördes en kondensering, vilket innebär att de meningsbärande enheterna förkortas till en mindre text utan att meningsinnebörden försvinner. För att abstrahera materialet genomfördes sedan en kodning utav de kondenserade meningsenheterna. Genom att koda data skapades en ny reflektion av materialet då koderna symboliserade likheter och skillnader vilket gjorde att materialet kunde sorteras till subkategorier (Granheim & Lundman, 2004, s. 108 -109). Varje kod, med tillhörande meningsbärande enhet och kondensering, diskuterades sedan igenom flertalet gånger gemensamt för att skapa subkategorier tills konsensus uppstod. Subkategorierna skapades utifrån kodernas gemensamma nämnare. Utifrån dessa subkategoriers likheter och innebörd kunde tre kategorier urskiljas. V.g. se tabell 1.

Tabell 1: Exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enheter	**Kondenserade enheter**	**Kod**	**Subkategori**	**Kategori**
… Jag får stå för ordningen i tillvaron, i den kaotiska tillvaron, där struktur är viktigt…	Står för ordningen i den kaotiska tillvaron där struktur är viktigt	Struktur är viktigt	Att stå för strukturen	Att balansera närvaro med distans
… Vägleda och svara på de frågor som kommer upp…	Vägleder närstående och svarar på deras frågor	Att vägleda närstående		

Etiska övervägande

Empiriska studier på avancerad nivå prövas normalt sett inte av Regionala etikprövningsnämnden dock gäller etikprövningslagens regler för informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav. Informationskrav innebär att forskaren är skyldig att informera informanten om studiens syfte, hur studien kommer att gå till samt om dess villkor. Med samtyckekrav menas att informanten har medgett sitt samtycke till studien men även rättighet att när som helst utan att uppge andledning kunna avbryta studien och på så vis bestämma själv över sin medverkan. Konfidentialitetskravet syftar till att obehöriga inte har tillgång till materialet och att skydda informanternas identiteter. Slutligen innebär nyttjandekravet att materialet som framkommer ur studien enbart ska användas i forskningsändamål och till att besvara

studien syfte (Vetenskapsrådet, 2012 s. 7 -14). I denna studie uppkom sociala och emotionella dilemman för informanterna i form av att deras identitet kunde avslöjas samt att de avsatt tid från arbetsplatsen för att genomföra intervjun. Till studien syfte kunde de sociala och emotionella aspekterna sättas i perspektiv till informanternas deltagande, vilket innebar att informanterna gavs möjlighet att beskriva sina upplevelser och på detta sätt bidra till ökad kunskap. Dessa aspekter genomsyrades i studiens design för att främja konfidentialiteten i processen. Innan studien genomfördes sökte författarna tillstånd hos verksamhetschefen för att genomföra studien. Informanterna till studien gavs skriftlig information (bilaga 2) om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta intervjun (SFS 2003:460).

RESULTAT

Resultatet beskriver intensivvårdsjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats och övergår till palliativ vård på IVA. Nedan redovisas resultatet i tre kategorier: att balansera närvaro med distans, ta del och ge information och IVA miljöns betydelse (Tabell 2).

Tabell 2: Resultat.

Subkategorier	Kategorier
Att känna in	Att balansera närvaro med distans
Att stå för strukturen	
Självkännedom	
Ansvarskänsla	
Delaktighet i beslutet	Ta del av och ge information
Välinformerade närstående	
Övervakningsutrustning skapar distans	IVA miljöns betydelse
Enkelsal främjar mötet	

Att balansera närvaro med distans

Att möta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats och övergått till palliativ vård på IVA beskrevs som svårt. Mötet underlättades om intensivvårdssjuksköterskan hade en relation med de närstående. För att kunna vara professionell var det av vikt att intensivvårdssjuksköterskan själv hade reflekterat över sin egen inställning till dessa möten. Genom att balansera närvaro med distans upplevde intensivvårdsjuksköterskorna lyhördhet inför de närståendes behov.

Att känna in

Intensivvårdssjuksköterskorna erfor att kommunikation och bemötande av de närstående skedde utefter de närståendes behov. Det upplevdes svårare att möta närstående som inte var överens med varandra om vårdförloppet och om frågeställningar fanns kring beslutet var riktigt fattat. Genom att vara lyhörd och inkännande för de närståendes känslor kunde mötet främjas.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde mötet som en svår del av arbetet, vilket kunde leda till frustration och medföra känslor av ohälsa hos intensivvårdssjuksköterskorna. Således beskrevs att uppriktig information var av vikt för att skapa välbefinnande hos intensivvårdssjuksköterskan och på så vis främjades möjligheten att känna in de närståendes behov. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det kunde vara svårt att förutspå mötet med de närstående, det krävdes en förmåga att kunna känna in varje unikt fall. De uttryckte att denna känsla kunde tas i fysisk form, så som hjärtklappning inför mötet med de närstående.

”… Hjärtat slår rätt så fort första gången man ska gå in och möta anhöriga…”

Känslor som sorg hos de närstående upplevde intensivvårdssjuksköterskorna kunna bemästra genom att trösta men ilska och aggression upplevdes som betungande att möta. I de situationerna då det kunde vara svårt att möta ilska upplevdes det att ilskan ändå kunna vändas till något positivt. Genom att känna in och bekräfta de närståendes ilska upplevde intensivvårdsjuksköterskorna att de kunde mötas av tacksamhet från de närstående.

”… Man kan ofta vända något som är svårt och jobbigt till något väldigt fint…”

Då livsuppehållande behandling avvecklats upplevdes det svårare att möta närstående till patienter där vårdnivån hastigt ändrats än om avvecklingen har skett under en längre tid. Vidare beskrev intensivvårdssjuksköterskorna att en längre relation till de närstående gjorde det lättare att känna in och hantera svåra situationer. Intensivvårdsjuksköterskorna menade att skapa en relation till de närstående hade sin grund i att från varje unikt fall vara öppen och känna in de närståendes behov. Däremot

upplevdes att det inte var någon skillnad i förmågan att kunna känna in de närståendes behov, oavsett en tidigare relation eller inte.

”… Om de är med på noterna är det ju lättare oavsett om man har en relation sedan innan eller inte…”

Det erfors som viktigt att kunna känna in hur mycket information som kunde delges till de närstående. Detta kunde skapa en upplevelse av balansgång mellan förmågan att känna in hur mycket information som kunde delges och när det behövdes tas ett steg tillbaka. Intensivvårdssjuksköterskorna menade att ord inte alltid behövde yttras och att all information inte behövde delges på en och samma gång. Vidare beskrevs känslan av att finnas till hands som betydelsefullt. Genom att vara öppen inför de närståendes behov gavs en möjlighet för intensivvårdsjuksköterskan att kunna lämna de närstående ensamma om de ville.

”… Det där får man ju känna in hur mycket man kan säga om man kan ta allt på en gång eller ska man ta lite i taget...”

Att stå för strukturen

Intensivvårdssjuksköterskorna uppfattade sig själva som strukturen i de närståendes tillvaro. Vidare beskrevs det att de närstående behövde information om deras nya livsituation men även vägledning om hur de närstående kunde få sina behov tillgodosedda. Detta kunde ges i uttryck genom att påminna de närstående om att inte glömma bort att äta och dricka. För de närstående kunde det vara en ny livssituation att anpassa sig till medan det för intensivvårdsjuksköterskorna var en del av yrkesrollen. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de närstående var i behov av att bli förberedda på vad som skulle komma härnäst. Genom att skapa en trygg relation till de närstående kände intensivvårdssjuksköterskorna att de med hjälp av sin erfarenhet kunde vägleda och strukturera de närståendes tillvaro.

”… För de närstående är detta en tid av kaos där jag står för strukturen…”

Självkännedom

En förutsättning för att kunna ha ett professionellt förhållningsätt i mötet med de närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats, var självkännedom. Vidare beskrevs det vara viktigt att själv ha tänkt igenom sina egna känslor inför situationen, vilket kunde leda till en känsla av uppriktighet och ärlighet. Denna insikt skapade en förmåga hos intensivvårdssjuksköterskan att kunna lita på sig själv och att se de signaler som de närstående utsänder, vilket bidrog till att mötet främjades.

”… Ska man känna att man har gjort ett bra jobb i den här situationen måste man ha tänkt igenom situationen själv…”

Ansvarskänsla

Intensivvårdsjuksköterskorna upplevde att mötet med närstående kunde inge en känsla av ansvar. Denna upplevelse grundade sig i en önskan om att de närstående skulle få en möjlighet att bevara ett fint minne av situationen. De menade att när livsuppehållande behandling avvecklats och omvårdnaden fick en annan riktning upplevde intensivvårdssjuksköterskan det som ett stort ansvar att göra det så bra som möjligt för de närstående.

”… De timmarna eller dygnen eller vad det nu kan handla om är ju det som de bär med sig sen i sitt minne och ett bevarande av den anhörige…”

Ta del av och ge information

Då intensivvårdssjuksköterskorna deltog vid brytpunktsamtalet skapades en trygghet som underlättade mötet med de närstående. Det upplevdes vara betydelsefullt att kunna upprepa tidigare given information samt att vid ovisshet hänvisa till ansvarig läkare.

Delaktighet i beslutet

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde det som en trygghet att delta vid informationssamtalet då läkaren informerade de närstående om att livsuppehållande behandling skulle avvecklas. Vid delaktighet av brytpunktsamtalet skapades en bild om hur läkaren resonerade. Detta kunde skapa en känsla om att belslutet hade framkommit i överenskommelse mellan närstående, läkare och intensivvårdssjuksköterskan. För att kunna upprepa redan tidigare given information samt för att främja mötet med de närstående upplevde intensivvårdsjuksköterskan att det var en fördel att vara delaktig i brytpunktsamtalet. Om möjlighet inte gavs till att delta vid brytpunktsamtalet kunde en känsla av otillfredsställelse infinnas. Informanterna menade att deltagande i informationssamtalet prioriterades om möjlighet gavs.

”… då tar man beslutet tillsammans med de närstående, ofta är vi sjuksköterskor med när man kallar samman alla och berättar hur det är. Det är rätt skönt att få vara med…”

Välinformerade närstående

Närstående som upplevdes välinformerade var lättare att möta oavsett tidigare relation. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de närstående som upplevdes tagit del av den givna informationen hade en ökad förståelse för det kommande händelseförloppet. Den information som intensivvårdssjuksköterskan upplevde sig vara trygg med delgavs till de närstående, vid ovisshet hänvisades de närstående till ansvarig läkare. Vidare beskrevs det vara viktigt att ge så tydlig information som möjligt för att eliminerar risken att närstående feltolkade den givna informationen. Intensivvårdsjuksköterskorna berättade att det var betydelsefullt att kunna upprepa tidigare given information. Att ge korrekt information och att inte gå händelserna i förväg var viktiga faktorer i upplevelsen i att hålla närstående välinformerade.

Intensivvårdsjuksköterskorna beskrev att det kändes naturligt att bjuda in närstående till delaktighet genom att ha dem nära sig i omvårdnaden. Vidare framställdes det att ambitionen var att närstående skulle ha mycket information och att den delgivna informationen skulle bli befäst hos de närstående. När beslutet var taget om att avveckla livsuppehållande behandling menade intensivvårdsjuksköterskan att de närstående upplevdes vara välinformerade, vilket kunde underlättade mötet.

”… Ge öppen information. Jag vill att de ska ha mycket information. De ska veta varför vi gör såhär… verkligen förstått… ”

IVA miljöns betydelse

Intensivvårdsmiljön präglas av övervakningsutrustning vilket upplevdes skapa ett avstånd mellan intensivvårdssjuksköteterskan och de närstående. Genom att vårda på enkelsal eliminerades avståndet och mötet främjades mellan intensivvårdssjuksköterskan och de närstående. Enkelsal bidrog till att intensivvårdssjuksköterskans stress reducerades och det blev en lugnare miljö.

Övervakningsutrustning skapar distans

Intensivvårdssjuksköterskan upplevde att övervakningsutrustningen inte var inbjudande för de närstående. Den högteknologiska miljön präglades av ljud - och ljusstimuli vilket kunde bidra till att intensivvårdsjuksköterskans fokus förflyttades till teknologin och ett avstånd skapades mellan närstående och intensivvårdssjuksköterskan. Övervakningsutrustning som inte användes sållades inte alltid bort från rummet utan blev kvar.

***”…** Mycket teknik är inte så inbjudande tyvärr…”*

Att skapa ett utrymme av närhet för de närstående upplevde intensivvårdssjuksköterskan som betydelsefull. Genom att stänga ner övervakningsskärmen eliminerades stimuli och förutsättning för närhet skapades. Intensivvårdsjuksköterskan beskrev att avvecklingsmomenten av övervakningsutrustningen inte skedde om de närstående var närvarande på salen utan genomfördes när intensivvårdssjuksköterskan var ensam på rummet. En annan aspekt till att intensivvårdssjuksköterskan valde att inte avveckla övervakningsutrustningen när de närstående var närvarande var att intensivvårdssjuksköterskan kunde uppleva en känsla av att vara iakttagen.

”… De vill vara så nära patienten som möjligt och då vill inte jag börja plocka med EKG sladdar... Då vill jag att de ska vara så nära patienten som det går…”

Enkelsal främjar mötet

När livsuppehållande behandling avvecklats hade intensivvårdsjuksköterskorna ambitionen att vården skulle utföras på en enkelsal. En intensivvårdssjuksköterska upplevde att det var lugnare att möta och informera närstående på en enkelsal, denna känsla infann sig inte lika tydligt om mötet skedde på ett flerbäddsrum. Vid vård på enkelsal eliminerades stress vilket bidrog till en mer avslappnad miljö och gav ett lugnare möte

”… Just för bemötandet är det ett större lugn på en enkelsal, stress är inte bra…”

Samtliga informanter menade att mötet med närstående till patienter där livsupphållande behandling avvecklats sällan sker på flerbäddsrum, men då det skett upplevde intensivvårdsjuksköterskorna det svårt att delge information eftersom avsaknad av sekretess förelåg. Om mötet med de närstående skedde på flerbäddsrum beskrevs situationen som hemsk.

”… På storsal är det är ju framförallt svårt med sekretess och information. För alla hör ju om det ligger andra patienter på rummet vad som sker och då… det känns inte okej…”

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara studies syfte användes en kvalitativ intervjuundersökning. Genom att belysa ett fenomen är meningen att innebörden beskrivs utan att ha förutbestämt dess existens (Dahlberg, 1997, s.73). Innan studien genomfördes skrevs förförståelsen ned för att minimera risken av dess påverkan på datainsamlingen och analysen. Lundman och Hällgren Graneheim (2011, s. 159 – 171) menar att om förförståelsen kan minskas ökar studiens trovärdighet. Då ambitionen var att få informanter med erfarenheter av fenomenet samt en stor variation av kön och antal år i yrket, användes ett strategiskturval. Enligt Polit och Beck (2012, s. 547 -548) ökar studiens trovärdighet om ett strategiskturval används.

Avdelningens enhetschef ombads att bistå med hjälp vid rekrytering av informanter, vilket resulterade i att den sjuksköterska som kordinerade verksamheten rekryterade intensivvårdsjuksköterskor till studien. En risk med att låta vårdpersonal vara delaktiga i urvalprocessen är att inklusionkriterier kan feltolkas och vinklas samt att informanter väljs ut efter personalens förförståelse. Studiens urval bestod av en man och fem kvinnor, detta resulterade i att könsfördelningen blev ojämnt fördelad. Enligt Polit och Beck (2012, s. 273 - 274) stärks trovärdigheten om studiens urval består av en jämnare könsfördelning. Däremot stryks denna studies trovärdighet av informanternas varierande arbetslivserfarenhet och ålder. Studiens trovärdighet hade kunnat styrkas ytterligare om intervjuerna hade varit tidsmässigt längre eller om fler informanter deltagit samt om bortfallet hade kunnat undvikas.

För att besvara studiens syfte tillämpades en semistrukturerad intervjuguide med en öppen ingångsfråga samt följdfrågor utifrån tre teman. Den öppna ingångfrågan syftade till att låta informanterna tala fritt. För att informanterna inte skulle avvika från ämnet användes intervjuguiden för att lotsa tillbaka intervjupersonerna till studiens syfte. En risk med att använda semistrukturerade intervjuer kan vara att intervjuarens förförståelse förstärks. Då förförståelsen var nedskrivinen sedan tidigare och författarna reflekterat inför varje intervju, ansågs risken minska av förförståelsens påverkan (Lundman & Hällgren Graneheim, 2011, s.159 - 171).

Intervjuerna genomfördes enskilt av oss men då en semistrukturerad intervjuguide användes berördes samma områden vilket stärker studiens trovärdighet. Semistrukturerade intervjuer kan öka risken för att informantens öppenhet minskar. För att bibehålla öppenheten i intervjun tillämpades begreppet tystnad i enlighet med Kvale och Brinkman (2009, s. 151 - 152). Tystnaden bidrog till att informanten gavs utrymme för reflektion. Då intervjuforskaren anses vara sitt eget forskningsverktyg (Kvale & Brinkman, 2009, s. 150) har studiens intervjuteknik förbättras genom en pilotintervju. En pilotintervju främjar intervjutekniken, skapar en erfarenhet av hantverket och stryker studiens trovärdighet.

För att öka studiens trovärdighet har intervjuerna och analysen haft en utgångspunkt i begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Granheim, 2011 s. 161). I direkt anslutning till intervjutillfällena transkriberades intervjuerna enskilt. För att kontrollera att intervjuerna transkriberats korrekt lyssnades och lästes de igenom gemensamt vilket ökar studiens giltighet. Kvalitativ innehållsanalys kräver en noggrannhet och kan vara en svår uppgift då en stor mängd data ska analyseras vilket innefattar risken att viktig information kan falla bort (Polit & Beck, 2012, s. 576 - 577). För att minimera denna risk genomfördes analysprocessen under väldokumenterade och riskmedvetna förhållanden. Varje steg i analysen reflekterades och analyserades noga tillsammans, därefter i samråd med handledare. Detta för att bevara de meningsbärande enheternas innebörd, för att öka giltighet i studiens resultat och på så vis öka studiens trovärdighet. Studiens överförbarhet förstärks då resultatet bekräftas i tidigare forskning. Att göra gott principen låg till grund för hela studiens syfte vilket resulterar i ett vetenskapligt värde men även i ett värde för deltagarna.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom det att upplevelsen av mötet med de närstående hade sin grund i hur de närstående påverkades av beslutet. Mötet med närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats upplevdes som svårt om vårdnivån hastigt ändrats, då intensivvårdssjuksköterskan inte hunnit utveckla en relation till de närstående. Att få en relation till de närstående hade sin grund i att vara öppen och känna in de närståendes unika behov. En förutsättning för att kunna ha ett professionellt förhållningsätt var självkännedom. Vidare beskrevs ärlighet och uppriktighet som viktiga egenskaper i interaktionen med de närstående, denna insikt skapade en förmåga att kunna lita på sig själv samt en förmåga att kunna hålla en känslomässig distans.

Genom att balansera närvaro med distans upplevde intensivvårdsjuksköterskorna lyhördhet inför de närståendes behov.

Trygghet skapades hos intensivvårdsjuksköterskan vid delaktighet i brytpunktsamtalet. Genom att upprepa redan given information främjades mötet med de närstående. Delaktighet i brytpunktsamtalet gav intensivvårdssjuksköterskan information om hur de närstående hade tagit emot beskedet samt skapade förutsättningar för att kunna följa upp den givna informationen. Då beslut tagits om att avveckla livsuppehållande behandling upplevde intensivvårdsjuksköterskan att de närstående behövde struktur i den tillvaro som de befann sig i.

Intensivvårdssjuksköterskans inflytande i beslutprocessen

För att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna bemöta närstående på ett tillfredställande sätt ska förutsättningen finnas för ett aktivt deltagande i beslutprocessen vid brytpunktsamtalet. Medverkan vid läkarens informationssamtal med närstående leder till att intensivvårdssjuksköterskan får en djupare förståelse för hur diskussionen förts kring resonemanget och en känsla av trygghet kan skapas. I en studie gjord av Halcomb Daly, Jackson och Davidson (2004, s. 217 - 220) framkommer det att intensivvårdssjuksköterskor som har en aktiv roll i beslutsprocessen får en mer ledande roll i vårdlaget. Intensivvårdsjuksköterskor med inflytande upplever att de får ett bättre sammarbete med läkarkåren. I föreliggande studiens resultat framkom att delaktigheten främjar mötet med de närstående då det upplevs lättare att besvara frågeställningar samt att kunna upprepa redan given information.

Vidare beskrivs i Söderström, Benzein, och Saveman (2003, s. 187 - 189) studie att intensivvårdssjuksköterskor upplever att det är deras plikt att informera de närstående. Om möjlighet inte ges till att delta vid brytpunktsamtalet kan inte pliktkänslan tillfredställas och en känsla av otrygghet kan infinna sig. I resultatet framkommer det att intensivvårdsjuksköterskornas ambitioner till delaktighet i beslutsprocessen inte baseras på yrkeslivserfarenheten utan yttre omständigheter, såsom tidspress och arbetsbelastning påverkar möjligheten. Däremot menar McMillen (2008, s. 254 - 255) att yrkeserfarenhet är en viktig faktor som påverkar deltaktigheten i beslutprocessen. Intensivvårdsjuksköterskor med mindre erfarenhet upplever det svårare att få sin röst hörd medan de som besitter mer erfarenhet har lättare för att uttrycka sin åsikt.

Den behandling som utförs på intensivvården är ordinerad av läkare men genomförs till stor del av intensivvårdssjuksköterskorna. I resultatet beskrivs att delaktighet i beslutsprocessen skapar en känsla av att belslutet har framkommit i överenskommelse mellan närstående, läkare och intensivvårdssjuksköterskan. Ett beslut i konsensus bidrar till att intensivvårdsjuksköterskan upplever sig mindre utlämnad vid mötet med de närstående då avvecklingen av livsupphållande behandling ska ske. Wåhlin, Ek och Idvall (2010, s. 264 - 267) beskriver att interaktionen mellan intensivvårdssjuksköterska och läkare underlättas om intensivvårdssjuksköterskan är delaktig i brytpunktsamtalet. Samspelet kan bidra till att intensivvårdsjuksköterskan blir välinformerad och trygg. Genom att vara delaktig i brytpunktsamtalet tar intensivvårdssjuksköterskan del av den

information som är väsentlig och på så vis främjas mötet och förutsättning kan skapas för en att kunna balansera närvaro med distans.

Att möta närstående och visa vägen

I resultatet beskriver intensivvårdsjuksköterskorna upplevelsen av att kunna vända närståendes negativa känslor till positiva, genom att känna in och bekräfta de närståendes behov. Fridh, Forsberg och Bergbom (2009, s. 113 - 117) beskriver att även de närstående upplever denna positiva känsla trots närvaro av sorg och förlust. Vidare benämns metaforen ”att bli lotsad” som innebär att intensivvårdssjuksköterskan vägleder de närstående genom ett svårt skede i livet mot en ny livssituation. Föreliggande studies resultat visar att intensivvårdssjuksköterskan kan uppleva sig som strukturen i de närståendes tillvaro. Genom att vägleda upplever intensivvårdssjuksköterskorna att de närstående kan få sina behov tillgodosedda.

Vidare framkommer det i resultatet att för de närstående kan detta vara en ny livssituation att anpassa sig till medan det för intensivvårdsjuksköterskan är det en del av yrkesrollen. Att ha närstående nära i omvårdnaden upplevs som en naturlig del i mötet. Vidare framkommer att de närstående som är delaktiga upplevs som mer välinformerade. I en studie av Söderström, Benzein, och Saveman (2003) upplever en intensivvårdsjuksköterska sig observerad när de närstående är närvarande. Vidare beskriver intensivvårdssjuksköterskan att arbetsuppgifterna inte kommer sig naturligt utan varje moment och varje ord avvägs. I föreliggande studiens resultat bekräftas denna upplevesen av iakttagelse. Trots denna iakttagelse kunde intensivvårdssjuksköterskan vara närvarande genom att distansera sina känslor.

Intensivvårdssjuksköterskorna i studien skildrar vikten av att kunna känna in de närståendes unika behov. Halcomb, et al. (2004, s.217 - 220) betonar egenskapen att kunna se de närståendes sociala, fysiologiska och psykologsiska behov. I föreliggande studies resultat framkom att genom eliminering av övervakningsutrustning skapades en förutsättning att lättare kunna se de närståendes behov och på så vis upplevdes mötet mer humant av intensivvårdssjuksköterskan.

Dahlberg och Segesten (2010, s. 126-130) förklarar att människan ser sin livsvärld via omgivningen. Genom att humanisera intensivvårdsummet kan en känsla av fördjupad förståelse skapas av de närståendes livsvärld. Intensivvårdsrummet är en trygg miljö för intensivvårdssköterskan, en arbetsplats. För de närstående kan rummet upplevas främmande. Om rummet har en mening, ett sammanhang, kan de närstående få ett förståeligt svar och en innebördsrik förklaring vilket gör att en känsla av meningsfullhet kan skapas (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 126-130). Intensivvårdrummet är skapat för att underlätta arbetsytor för intensivvårdssjuksköterskan vilket försämrar interaktion med de närstående (Eriksson, Lindahl & Bergbom, 2010, s. 53 – 54). I förliggande studiens resultat beskriver intensivvårdssjuksköterskan genom att eliminera onödig övervakningsutrustning och vårda på enkelsal skapas en förutsättning för upplevesen av ett bättre möte med de närstående.

Att känna sig själv

I studiens resultat framkommer betydelsen av intensivvårdssjuksköterskans förmåga att själv reflektera över sina egna känslor i mötet med de närstående. Vilket bekräftas i en studie gjord av Halcomb, et al., (2004, s. 217 - 220) som förklarar om intensivvårdssjuksköterskan ska klara av att hantera tragiska situationer behövs ett eget ställningstagande kring döden. I Wåhlin, Ek och Idvalls (2010, s. 264 - 267) studie framkommer det att intensivvårdssjuksköterskan upplever att mötet med patienter och deras närstående kan ge känslor av värdefull energi. Vidare beskrivs det att när intensivvårdssjuksköterskan har möjlighet att göra det ”lilla extra” upplevs den tragiska situation som mindre betungande. Att lära känna en närstående bidrar till att intensivvårdssjuksköterskan får ta del av de närståendes livshistoria, livsvärld, vilket kan skapa en ny erfarenhet hos intensivvårdssjuksköterskan att förvalta. Däremot beskriver Söderström, Benzein, och Saveman (2003, s.187 - 189) i sin studie att ju mer intensivvårdsjuksköterskor refererar till sina privata upplevelser desto svårare upplevs mötet med de närstående. För att klara av situationen krävs således en förmåga att hålla professionell balans mellan närhet och distans.

Vidare beskrivs det att när närstående befinner sig på intensivvårdssalen bidrar det till att intensivvårdssjuksköterskorna reflekterar över sitt eget arbetsätt. På så vis upplever de en känsla av att kvalitéten ökar på deras bemötande (Söderström, Benzein, & Saveman, 2003, s.187 - 189). Även Høye och Severinsson (2009, s. 27 - 29) nämner i sin studie att när intensivvårdssjuksköterskan reflekterar över sin egen tankegång främjas upplevelsen av mötet med de närstående.

Samtliga informanter i studiens resultat förklarar att egenskapen av att kunna känna in de närståendes unika behov är viktig för att främja mötet med de närstående. Enligt Dahlberg et al. (2003, s. 24-26) bemöter intensivvårdsjuksköterskan de närstående utifrån sin egen livsvärld. Genom att ta del av de närståendes individuella behov skapas en ökad förståelse hos intensivvårdsjuksköterskan för den enskilda människans livsvärld. I föreliggande studiens resultat upplevs ansvarskänslor gentemot de närstående och det beskriv att det är betydelsefullt att kunna känna in de närståendes behov. Tidigare forskning belyser tvärtemot att när livsuppehållande behandling ska avvecklas distanserar intensivvårdssjuksköterskorna sig känslomässigt för att på vis undvika personligt engagemang, vilket kan resultera i en upplevelse av att ha förlorat sin medkänsla för de närstående (Söderström Benzein, & Saveman, 2003, s. 187 -189). I Halcombs et al., (2004, s. 217 - 220) studie framkommer det att på grund av de etiska och moraliska frågeställningarna som intensivvårdssjuksköterskorna ställs inför kan frustration och förbittring skapas. Denna känsla av frustration framkom även i föreliggande studiens resultat. För att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna hålla ett professionellt förhållningssätt i mötet förutsätts det att intensivvårdssjuksköterskan balanserar sin egna känslomässiga närvaro med distans.

Vidare forskning

Förslag till vidare forskning om intensivvårdssjuksköterskans delaktighet i beslutsprocessen kan vara av värde för bemötandet av närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats och övergått till palliativ vård på IVA. Vidare kan denna forskning vinklas ur ett närståendeperspektiv för att belysa närståendes upplevelse av att möta intensivvårdssjuksköterskan då livsuppehållande behandling avvecklas. Forskning som speglar IVA miljöns betydelse för intensivvårdssjuksköterskan bemötande av närstående, såsom ljud – och ljusstimuli påverkan av mötet är intressant.

Kliniska implikationer

Studiens resultat ligger till grund för kliniska implikationer i intensivvårdssjuksköterskans möte med närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklats och övergått till palliativ vård på IVA.

- Se till att den fysiska miljön bjuder in till mötet. Avveckling av teknisk utrustning som inte behövs.
- Skapa tidsutrymme för intensivvårdssjuksköterskan att kunna reflektera över existentiella frågor.
- Obligatoriskt för intensivvårdsjuksköterskan att vara delaktig i brytpunktsamtalet.

Slutsats

Studiens resultat visar att interaktionen mellan närstående och intensivvårdssjuksköterskan påverkas av hur de närstående tar emot den information som delgivits. Mötet med de närstående främjas om intensivvårdsjuksköterskan närvarar vid brytpunktsamtalet. Intensivvårdssjuksköterskan upplever sig stå för strukturen i de närståendes tillvaro. För att bevara ett professionellt förhållningssätt i mötet med de närstående beskrivs att intensivvårdsjuksköterskan själv ska ha tänkt igenom sina egna känslor inför situationen, det vill säga balanserar sin egna känslomässiga närvaro med distans.

REFERENSER

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care,* 12(3), ss. 151-157.

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, PE., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., Larché, J., Liotier, J., Papazian, L., Poisson, C., Reignier,.J., Saidi & Schlemmer, B., (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med,*. 171 (9), ss. 987-94.

Dahlberg, K., (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare* Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K. & Drew, N. (1997). A lifeworld paradigm for nursing research. *Journal of Holistic Nursing,* 15 (3), ss. 303-317.

Dahlberg., K, & Segesten., K. (2010). Hälsa och vårdande: i teori och praxis. Stockholm: Natur och Kultur

Dahlberg, K., Segesten, K,. Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, T., Lindahl, B., Bergbom, I. (2010). Visits in an intensive care unit - An observational hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing,* 26 (1), ss. 51-57.

Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I., (2009). Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU *Intensive and Critical care nursing*, 24 (3), ss. 111 – 119

Fridh, I., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2007). End-of-life care in intensive care units – family routines and environmental factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21 (1), ss. 25 - 31.

Fontaine, D.K., Briggs, L.P. & Pope-Smith, B. (2001). Designing humanistic critical care environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24 (3), ss. 21-34

Graneheim., U. H & Lundman., B. (2004). Qualitive content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness *Nurse Education Today*, 24 (2), ss. 105 -112.

Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses´experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and critical care nursing,* 20 (4), ss. 214-222.

Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *Journal of Clinical Nursing,* 16 (12), ss. 203-211.

Høye, S., & Severinsson, E., (2009) Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study *Intensive Crit Care Nurs.* 26 (1), ss. 24-32.

Kvale, S. & Brinkman, S., (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* Lund: Studentlitteratur

Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P. & Hevrøy , O. (2012). Intensive ca e nu ses' involvment in the end-of-life process - perspectives of relatives. *Nursing Ethics,* 19 (5), ss. 666-676.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2011). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielson, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

McMillen., R. E (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences *Intensive and Critical Care Nursing* 24 (4), ss. 251—259

Nolin T, & Andersson R. (2003). Withdrawal of medical treatment in the ICU. A cohort study of 318 cases during 1994–2000. *Acta Anaesthesiol Scand* 47 (5), ss. 501–7.

Olausson, S., Ekebergh M., & Lindahl, B. (2012). The ICU patient room: Views and meanings as experienced by the next of kin: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive & Critical Care Nursing.* 28 (3), ss. 176-184.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* . 9. th. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Robinson, R. (2003). Ethical Analysis Dimens *Critical Care Nurse,* 22 (2), ss. 71-75

SFS 2003:460. *Etikprövningslag.* Stockholm: Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2014-05-07]

Socialstyrelsen (2011a). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal.* http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-39 [2014-04-11]

Socialstyrelsen (2011b). *Möjliga donatorer i Sverige* 2010 *En sammanställning av dödsfall inom intensivvården.*

http://www.socialstyrelsen.se/organochvavnadsdonation/Documents/Mojliga_donatorer_Sverige_2010.pdf [2014-05-08]

Socialstyrelsen (2013a). *Brytpunktssamtal i livets slutskede.* http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojhs/brytpunktssamtalilivetsslutske [2014-05-08]

Socialstyrelsen (2013b). Nationellt *kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf [2014-05-05]

SOSFS (2001:6). *Döden angår oss alla - värdig död vid livets slut*. Kommittén om vård i livets slut. Huvudbetänkandet, Socialstyrelsen, Stockholm.

Söderström, I-M., Benzein, E. & Saveman, B-I. (2003). Nurses´experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 17 (2), ss. 185-192.

Valdimarsdottir. U., Helgason, AR., Fürst, CJ., Adolfsson, J., & Steineck, G. (2004). Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety inwidowhood: a nationwide follow-up. *Palliat Med.* 18(5), ss. 432-43.

Veteskapsrådet (2012). *Forskningsetiska principer. Inom humanistisktsamhällsvetenskaplig forskning.* http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Wall, R.J., Curtis, J.R., Cooke, C.R. & Engelberg, R.A. (2007). Family satisfaction in the ICU: diff erences between families of survivors and nonsurvivors. *CHEST,* 132(5), ss. 1425-1433.

WHO,(2002). World Health Organization, Definition of Palliative Care. 2. ed. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2002, Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/ [2014-05-08]

Wikström, A.C., Cederborg, A.C. & Johanson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit - an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23 (4), ss. 187-95.

Wåhlin, I., Ek, A-C. & Idvall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: nurses´and physicians' lived experiences. *Intensive and Critical Care Nursing,* 26 (5), ss. 262-269.

Ågård, A-S. & Harder, I. (2007). Relatives´ experiences in intensive care – Finding a place in a world of uncertainty. Intensive and Critical Care Nursing, 23 (3), ss. 170-177.

Bilaga 1

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Ansökan om tillstånd

Till: Verksamhetschef vid Operation – och intensivvårdsklinken.

Härmed ansöks om tillstånd att utföra kvalitativa intervjuer med intensivvårdsjuksköterskor. Intervjumaterialet är tänkt att användas i en magisteruppsats som beräknas vara klar i början av juni 2014.
Flertalet studier visar att närstående har en viktig roll för den som vårdas på en intensivvårdsavdelning. Närstående kan, exempelvis, bidra till att patienten känner trygghet och patientens livsvärld främjas. Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där beslut tagits om att livsuppehållande behandling avvecklas.

Intentionen är att genomföra sju bandinspelade intervjuer med sjuksköterskor verksamma på intensivvårdsavdelningen. Deltagandet är frivilligt och de har rätt att avbryta deltagandet när som helst utan att uppge motiv. Varje intervju är tänkt att vara i cirka 30 minuter och kommer efter transkribering att bearbetas med en kvalitativ innehållsanlys. Innehållet behandlas konfidentiellt och resultatet kommer att redovisas på ett sådant sätt att varken person, avdelning eller sjukhus kan identifieras. Materialet kommer endast användas till studiens syfte och inte lämnas vidare för användning i andra studier. Allt material kommer att förvaras med säkerhet hos undertecknad. Endast vi och vår handledare Elisabeth Lindberg, vid institutionen för vårdvetenskap vid högskolan i Borås, kommer att ha tillgång till materialet.

Vi har önskemål om att med hjälp av vårdenhetschef erhålla ett urval, om sex - åtta sjuksköterskor som kommer att kontaktas av undertecknad för att erhålla skriftlig och muntlig information. Informanterna kommer att rekryteras utifrån följande kriterier:

- Specialistsjuksköterska inom intensivvård
- Varierande arbetslivserfarenhet
- Varierande ålder och kön

Intervjuerna beräknas att äga rum under veckorna 15 – 17.

Vid frågor eller om du vill ta del av studiens resultat i efterhand kan du kontakta oss på nedanstående uppgifter.

Tack på förhand.

Student Emma Wallin	Student Ivanka Nizic	Handledare Elisabeth Lindberg, Adjunkt och doktorand Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Emma Wallin och Ivanka Nizic genomför datainsamling inom ramen av vad som ovan beskrivits, gällande att belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där beslut tagits om att livsuppehållande behandling avvecklas.

_____
Stad

_____
Datum

_____
Namn

_____
Namnförtydligande

_____
Titel

_____
Verksamhet

Bilaga 2

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Informationsbrev till Dig som specialistsjuksköterska inom intensivvård

Vi är två studenter som läser specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård vid institutionen för vårdvetenskap vid högskolan i Borås. Vi kommer att under april – maj genomföra intervjuer med intensivvårdssjuksköterskor, som underlag till en magisteruppsats som beräknas vara klar i början juni 2014.

I vår studie vill vi rikta oss till Dig som intensivvårdssjuksköterska med erfarenhet av att vårda patienter där vårdnivån sänkts samt då närstående närvarat. När en person drabbas av svår kritisk sjukdom eller en olycka drabbas inte bara patienten utan även de närstående. Tidigare studier har visat att närståendes besök är viktiga för patientens tillstånd och välbefinnande. Med denna studie vill vi belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där beslut tagits om att livsuppehållande behandling avvecklas.

Intervjuerna kommer äga rum på intensivvårdsavdelningen eller på överenskommen plats. Varje intervju är tänkt att vara i cirka 30 minuter, de kommer spelas in och sedan skrivas ut ordagrant. Ljudupptagningarna kommer att avidentifieras och inga personuppgifter som går att härleda till dig eller till din arbetsplats kommer att finnas med när intervjuerna sammanställs. Du kan när som helst avbryta studien utan vidare förklaring. Materialet kommer endast användas till studiens syfte och inte lämnas vidare för användning i andra studier. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt.
Vill Du i efterhand ta del av studiens resultat kan Du kontakta oss på nedanstående uppgifter.

Tack på förhand.

Hälsningar

Student
Emma Wallin

Student
Ivanka Nizic

Handledare
Elisabeth Lindberg,
Adjunkt och
doktorand
Institutionen
för vårdvetenskap,
Högskolan i Borås

Samtyckesformulär

Undertecknad godkänner härmed att Emma Wallin och Ivanka Nizic genomför datainsamling inom ramen av vad som ovan beskrivits, belysa intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att möta närstående till patienter där beslut tagits om att livsuppehållande behandling avvecklas.

_____
Stad

_____
Datum

_____
Namn

_____
Namnförtydligande

Bilaga 3

Intervjuguide

Ingångsfråga: Hur upplever DU att det är att bemöta närstående till patienter där livsuppehållande behandling avvecklas?

Huvudtema

Livsuppehållande behandling

Närstående

Miljö